

Occlusions Intestinale Aigues

Dr MATMAR
Maitre assistant

Service de chirurgie viscérale CHU TIZI-OUZOU

Définition

Il s'agit d'un syndrome caractérisé par l'arrêt brutal, complet et permanent de la progression des matières et des gaz dans un segment intestinal, d'origine fonctionnelle ou organique.

Les mécanismes et d'étiologies sont diverses.

Intérêt de la question

- C'est une urgence médico-chirurgicale grave mettant en jeu le pronostic vital
- immédiat.
- Fréquence: Pathologie fréquente   Problème de santé publique
- Diagnostic positif est avant tout clinique et radiologique (NHA)
- Diagnostic étiologique a bénéficier de l'apport de la TDM
- Le traitement est médicochirurgicale. Des avancées en matière de traitement instrumental
- Pronostic : terrain, de l'etiologie, et surtout délai de prise en charge.

Epidémiologie

- ✓ Fréquence: élevée / 2ème urgence chirurgicale après l'appendicite aigue

- ✓ Age: Tout âge / Occlusion du nouveau né jusqu'au vieillard affection relativement fréquente chez l'adulte jeune

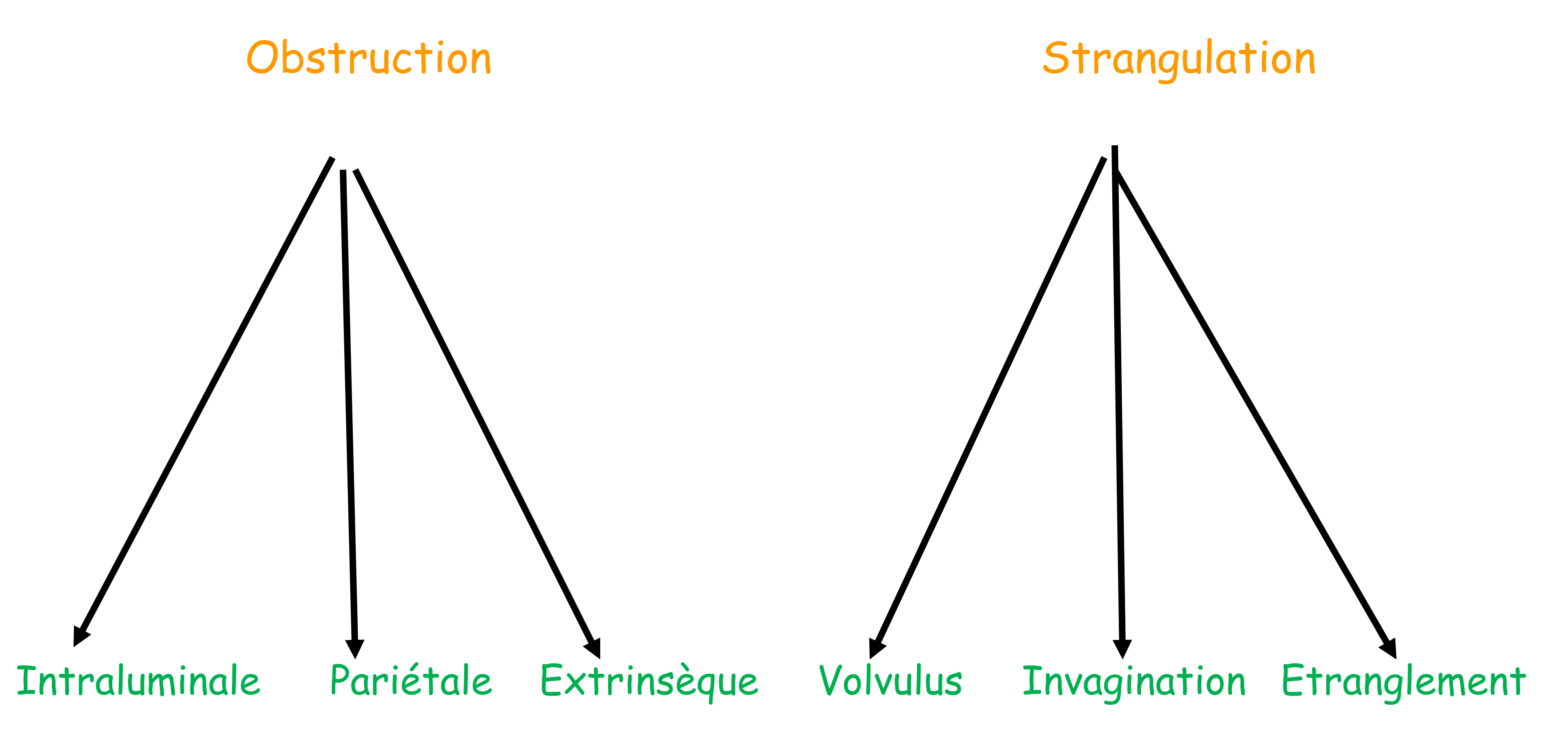
- ✓ Sexe: dans les 2 sexes

Mécanismes

Deux grands mécanismes

- ✓ Les occlusions mécaniques avec substratum anatomique = Rétrécissement de la lumière intestinale
- ✓ Les occlusions fonctionnelles sans substratum anatomique

Occlusions organiques



Causes occlusions par obstruction

1. Intraluminale

- Fécalome
- Bézoards (Phyto, Tricho)
- Corps étranger
- Calcul biliaire (Iléus biliaire)

2. Pariétale

- Tumeurs bénignes / Polype, TB conjonctive
- Sténose anastomotique, inflammatoire / Crohn, RCUH
- Hématome pariétale digestive / Anticoagulants
- Cancers+++++++++

3. Extrinsèque

- Adénopathie
- Tumeur

Causes occlusions par strangulation

1. Volvulus

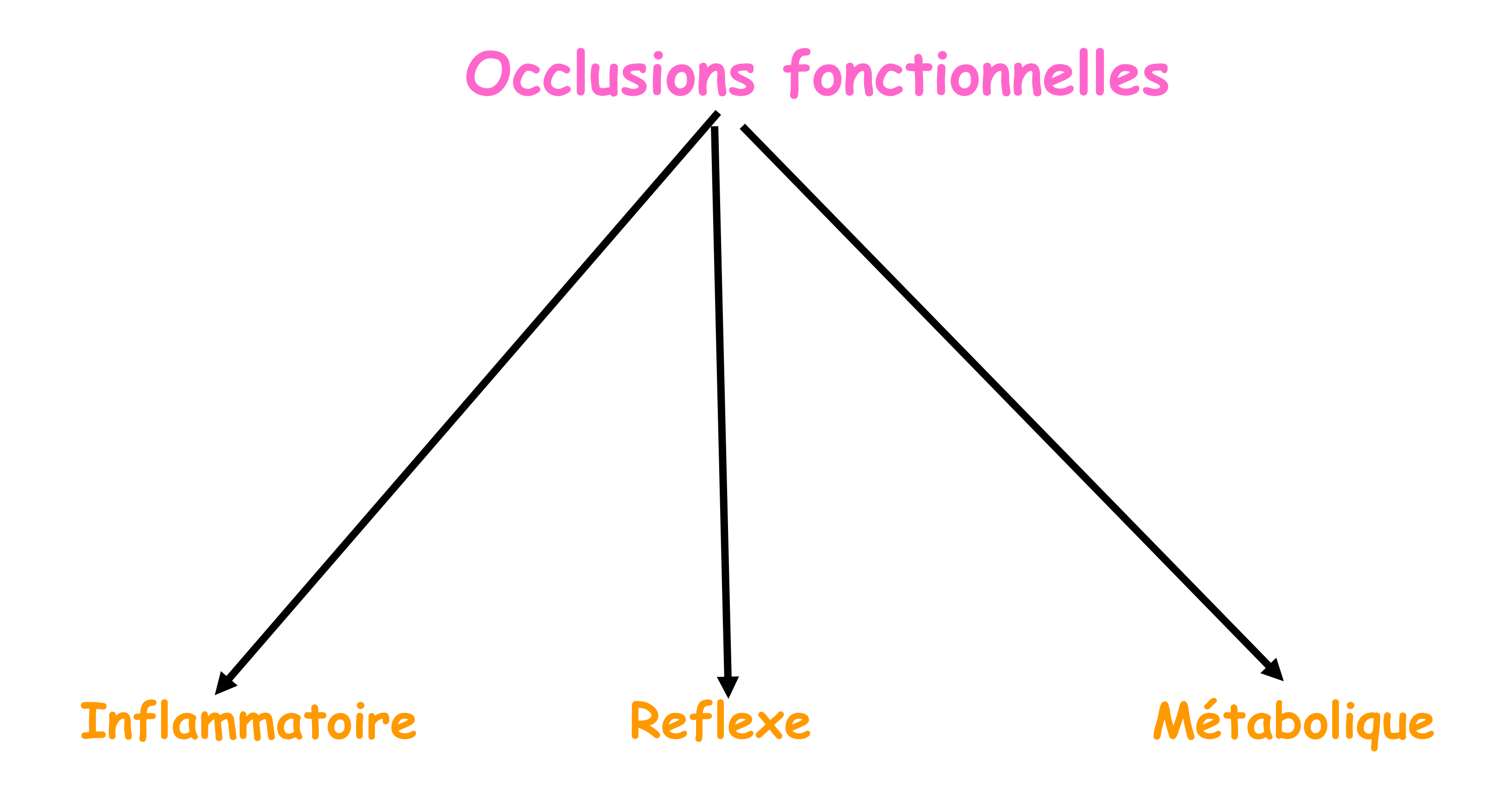
- Spontanée (VCP, V du caecum, V du grêle)
- Sur bride Congénitale (diverticule de Meckel)
- Acquise (Postopératoire, Postinflammatoire)

2. Invagination

Pénétration d'un segment d'amont dans un segment d'aval dans le sens aboral (Dans le sens du péristaltisme intestinal)

3. Etranglement

- Hernie pariétale (Orifice naturel, Eventration)
- Hernie interne (Hiatus de Winslow, Fossette paraduodénale)



Occlusions fonctionnelles
Inflammatoire
Reflexe
Métabolique

Causes des occlusions fonctionnelles

Dérèglement de la motricité intestinale

Spasmodique (sgt intestinal dur, contracturé)

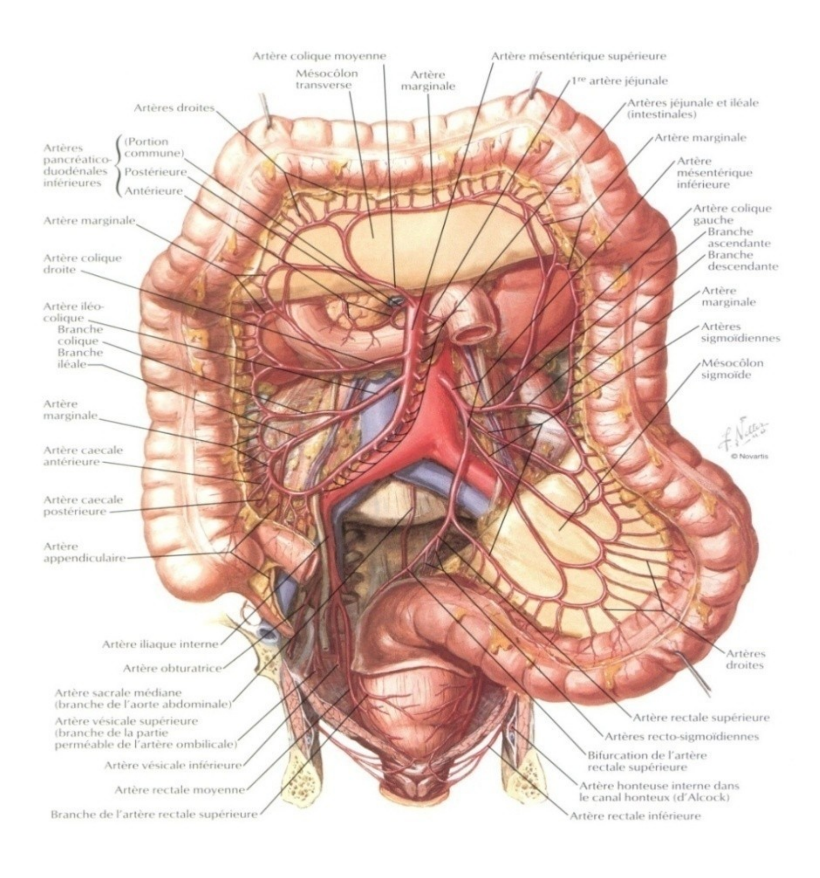
Paralytique (1 ou + anses distendues et atones)

- Reflexe: Douleurs Ex: colique nephretique – Hémorragie.
- Métabolique : Hypokaliemies
- Inflammatoire: Péritonites-Abcés

Anatomie pathologique
Topographie

OIA hautes

OIA basses



Anatomie pathologique
Macroscopie

- Segment d'aval: plat
- Segment obstrué: siège de la lésion causale
- Segment d'amont : les lésions intéressent essentiellement le segment d'amont . Dilaté par la stase, et revêt + aspects en fonction du degré et de la durée de l'obstacle

Anatomie pathologique

Macroscopie

3 phases successives sur le segment d'amont en fonction de la gravité

1. Phase congestive: Anse œdématiée / Aspect rouge
2. Phase d'infarcissement: Paroi infiltrée de sang / Aspect noirâtre
3. Phase de gangrène: Vert grisâtre / Mort tissulaire

Anatomie pathologique
Microscopie

- Œdème interstitiel avec infiltration lympho-plasmocytaire

- Micro-thromboses artérielles et veineuses

Physiopathologie
Bases Physiologiques

Le contenu intestinal

- **Gaz.**
- **Liquides.**
- **Matières fécales.**

Physiopathologie

Bases Physiologiques

Origine des gaz

- Déglutis (2 / 3)
- Fermentation bactérienne
- Gaz du sang

Physiopathologie

Bases Physiologiques

Origine des liquides : 7 à 10 L/24H

- Exogènes : Alimentation

- Endogènes: Secrétions digestives
  - Salive (1 - 1,5 L / 24H)
  - Suc gastrique (1,5 - 2 L / 24 H)
  - Bile (0,5 - 1 L / 24 H)
  - Suc pancréatique (1 L / 24 H)
  - Suc intestinal (3 - 4 L / 24 H)

Physiopathologie

Bases Physiologiques

Matières fécales présents dans le colon et le rectum

- Résorption hydrique
- Pullulation microbienne
- Eléments non digestibles

Physiopathologie

Bases Physiologiques

La motricité intestinale

- Dans le sens oro-anal
- Liée à l'activité électrique au niveau de la paroi intestinale
- Sous la dépendance de multiples facteurs : Nerveux et Hormonaux

Physiopathologie

Obstacle à la progression du contenu intestinal

↓

Accumulation : Gaz+Liquides+Matières fécales

↓

Distension intestinale
En amont de l'obstacle

Physiopathologie

- Conséquences locales

- Conséquences générales

Physiopathologie
Conséquences locales

Conséquences sur le péristaltisme intestinal

- **Au début :**
  - Hyper péristaltisme reflexe d'amont
  - Lutte contre l'obstacle
  - Douleurs péristaltiques
- **Tardivement:**
  - Atonie intestinale
  - Par épuisement musculaire
  - Disparition des coliques: silence sépulcral

Physiopathologie
Conséquences locales

Conséquences sur la circulation intra pariétale intestinale

- Distension intestinale

- Aplatissement des capillaires pariétaux par hyperpression intestinale

- Perturbation de la vascularisation de la paroi intestinale

Physiopathologie
Conséquences locales

Conséquences de l'hyperpression intra pariétale

Troubles circulatoires (aplatissements des VX) et interruption du flux en fonction de l'importance de l'hyperpression et de sa durée. Elle entraine une ischémie puis une nécrose de la paroi digestive.

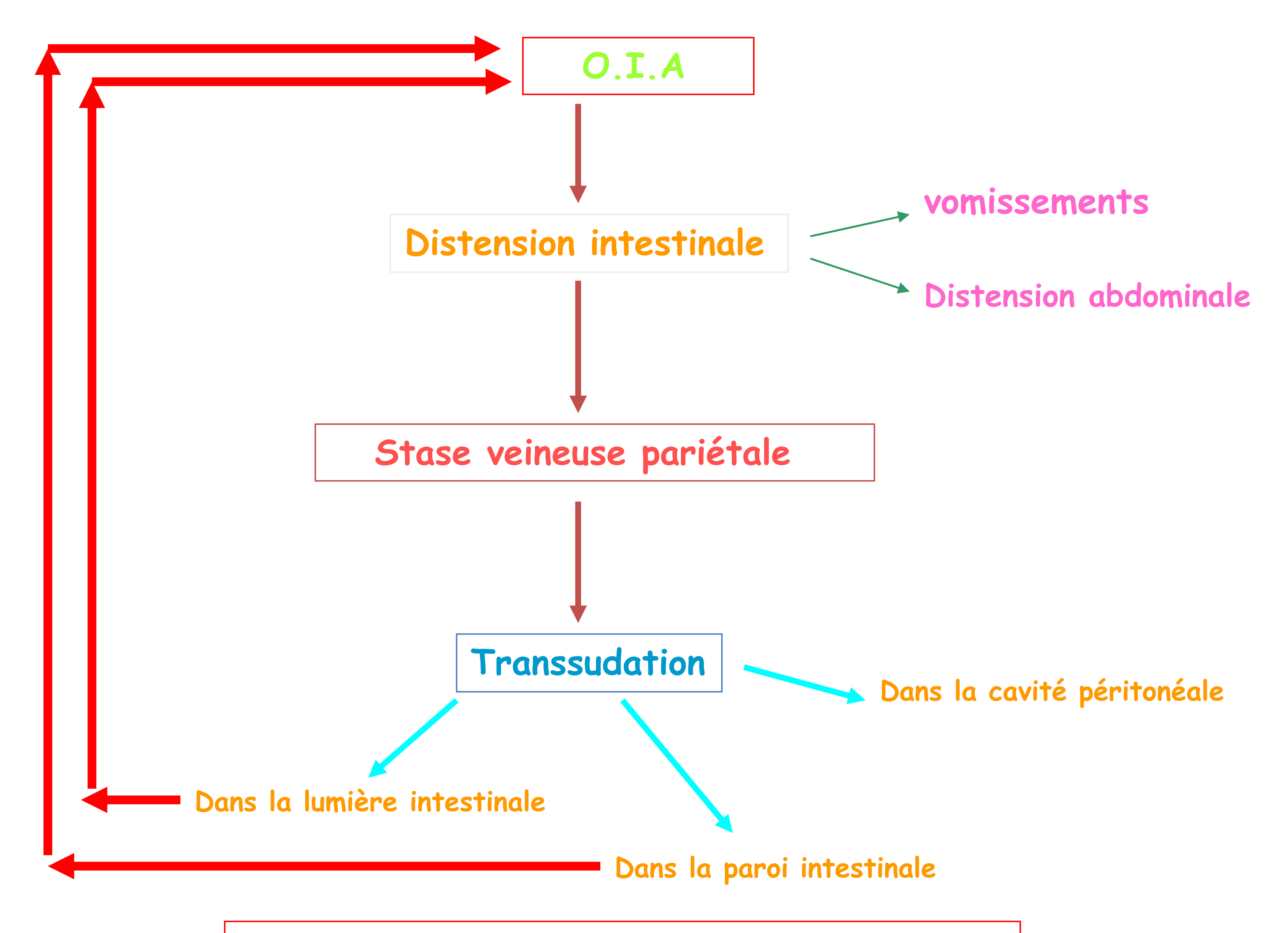
- P >30 mm Hg Compression capill et lymph
- P >60 mm Hg Stase veineuse
- P >100 mm Hg Occlusion artérielle, nécrose intestinale

Physiopathologie
Conséquences locales

- Œdème pariétale qui accentue la compression pariétale et entraine un cercle vicieux.

- Anoxie tissulaire retentissant sur la perméabilité pariétale avec transsudation de liquide ,de toxines et translocation bactérienne , dans un 3e secteur:

  - ✓Paroi intestinale: Œdème et compression veineuse
  - ✓Lumière intestinale: Accumulation liquides en amont de l'obstacle
  - ✓Cavité péritonéale


O.I.A
Distension intestinale
vomissements
Distension abdominale
Stase veineuse pariétale
Transsudation
Dans la cavité péritonéale
Dans la lumière intestinale
Dans la paroi intestinale
FORMATION D'UN TROISIEME SECTEUR

Physiopathologie
Conséquences générales

- Respiratoires
- Circulatoires
- Infectieuses
- Métaboliques

Physiopathologie

Conséquences générales

Conséquences respiratoires

- Distension abdominale
- Surélévation des coupoles diaphragmatiques
- Limitation de la ventilation pulmonaire et diminution CV
- Hypoxie progressive avec Hypercapnie

Physiopathologie

Conséquences générales

Conséquences circulatoires

- Distension abdominale
- Compression de la VCI
- Entrave à la circulation veineuse de retour
- Diminution du volume de sang amené au cœur droit
- Augmentation de la PVC + Allongement du tps circulatoire
- Accidents thromboemboliques+++

Physiopathologie
Conséquences générales

Conséquences infectieuses

- Stase
- Altération de la barrière muqueuse et pullulation microbienne
- Translocation bactérienne

Physiopathologie
Conséquences générales

OIA

↓

AFFECTION LOCALE

↓

RETENTISSEMENT GENERAL

CHOC SEPTIQUE + CHOC HYPOVOLEMIQUE

↓

DEFAILLANCE POLYVISCERALE

Physiopathologie
CAS PARTICULIER DE LA STRANGULATION

- Gravité à cette variété d'occlusion liée au facteur vasculaire : occlusion artérielle

- Pertes liquidiennes + Pertes sanguines + libération précoce de substances toxiques

- Lésions pariétales évoluent par 3 phases en moins de 6h:
  - ✓ Phase congestive
  - ✓ Phase d'infarcissement
  - ✓ Phase de gangrène

- Choc toxique + Choc hypovolémique

Diagnostic positif

Carré de Mondor classique mais pas toujours complet

1 - Douleurs abdominales

2 – Vomissements

3 - Arrêt des matières et des gaz

4 – Météorisme

Diagnostic positif
Signes fonctionnels

2 symptômes sont toujours retrouvés :
Syndrome minimum

1 - Douleurs abdominales

2 - Arrêt des Gaz

Diagnostic positif
Signes fonctionnels

DOULEURS +++ le premier signe – caractéristique

- coliques intermittentes et paroxystiques
- contraction intestinale pour vaincre l'obstacle = péristaltisme
- Syndrome de Koenig - colique - borborygme - filtration – calme
- "Etat de Mal" douloureux : strangulation – volvulus
- Parfois faibles (donc trompeuses) : vieillard

Diagnostic positif
Signes fonctionnels

VOMISSEMENTS : classique mais **pas** caractéristique

- **soit "réflexes"**
- par irritation péritonéale
- précoces - multiples – bilieux dans les occlusions hautes
- **soit par reflux du trop plein - plus tardifs ; alimentaires, bilieux, puis FECALOIDES dans les occlusions basses**

Diagnostic positif
Signes fonctionnels

Arrêt du transit intestinal

- Essentiellement DES GAZ

- Signe le plus constant, le plus important, le plus précoce (premières heures)

Diagnostic positif
Signes physique
Inspection

BALLONNEMENT ou METEORISME

- Par distension gazeuse des anses (+++) d' **Intensité variable**
- **MEDIAN**, voussure épigastrique (O. du grêle)
- **DIFFUS** le plus souvent - **"EN CADRE"** par K du colon sigmoïde
- **PARTIEL**, donc asymétrique : dans **VOLVULUS**
- **OBLIQUE** F.I.D./Hypochondre gauche par volvulus colon sigmoïde
- Absent en cas d'occlusion haute

Diagnostic positif
Signes physique
Inspection

- Douleurs, distension, défense parfois contracture
- Durcissement intermittent
- Caecum ou non
- Orifices herniaires+++
- TR, TV

Diagnostic positif
Signes physique
Inspection

- Recherche une ou des cicatrices de laparotomie: antécédents chirurgicaux de l'abdomen en faveur d'une occlusion sur bride

- Recherche de mouvements péristaltiques ± ondes visibles - Reptation spontanés ou provoqués par chiquenaudes surtout si obstruction (lutte contre l'obstacle) mais possibles au début d'une strangulation

Diagnostic positif
Signes physique
Percussion

- Tympanisme
- Matité des flancs

Diagnostic positif
Signes physique
Auscultation

- Au début bruits hydro-aériques (borborygmes). Les intestins luttent contre l'obstacle
- Tardivement silence auscultatoire

Diagnostic positif
Signes généraux

- **Fasciés inquiet parfois toxique**
- **Signes de déshydratation**
- Soif, pli cutané, poids
- Tension artérielle basse, pouls accéléré
- Diurèse
- Température normale au début puis augmente
- **Etat de choc** (toxi-infectieux et /ou hypo-volemique si strangulation)

Examens para cliniques

Abdomen sans préparation

- Niveaux hydro-aériques
- Face, couché (rayon vertical)
- Face, debout (ou assis) (niveaux) avec coupoles
- Face, décubitus latéral (D.G.)
- Profil couché (niveaux) (si pas possible, debout ou assis)

Examens para cliniques

La tomodensitométrie

- Ne doit pas retarder la chirurgie si occlusion par strangulation typique. Dans ce cas il n'a aucun intérêt.
- Confirme l'occlusion
- Apprécie sa gravité (existence d'un PNP . .)
- Localise le niveau
- Suspecte l'étiologie

Examens para cliniques

Lavement aux hydrosolubles

- En cas de doute sur le siège : côlon ou grêle (si scanner non disponible)
- En cas de doute sur occlusion colique proximale et grêle distal
- En cas d'occlusion colique pour déterminer le niveau

Examens para cliniques

Intérêt de la biologie

- Apprécier le retentissement général de l'occlusion.
  - ✓ Bilan rénal
  - ✓ Bilan hépatique
  - ✓ Ionogramme.....
- Nécessaires à l'anesthésiste si une intervention chirurgicale doit être décidée (Bilan préopératoire):
  - ✓ Groupage
  - ✓ Crase sanguine…
- Recherche de tares éventuelles: ASA (risque opératoire)

Diagnostic positif

Les Maitres symptômes de l'OIA

- Douleurs abdominales
- Nausées – Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz
- Niveaux Hydro – Aériques à l'ASP

Diagnostic du siège de l'occlusion
Eléments cliniques

GRELE

- Début aigu
- Douleurs vives
- Vomissements:Fréquents, Précoces
- Arrêt des matières parfois masqué par l'évacuation du bout distal
- Météorisme modéré, central parfois absent
- Péristaltisme (si présent) : vif (syndrome de Koenig)
- AEG

COLON

- Début progressif
- Douleurs peu importantes
- Vomissements tardifs
- AMG précoce
- Météorisme volumineux
- Fosse iliaque droite non dépressible
- Péristaltisme (si présent) : peu vif
- Etat général conservé

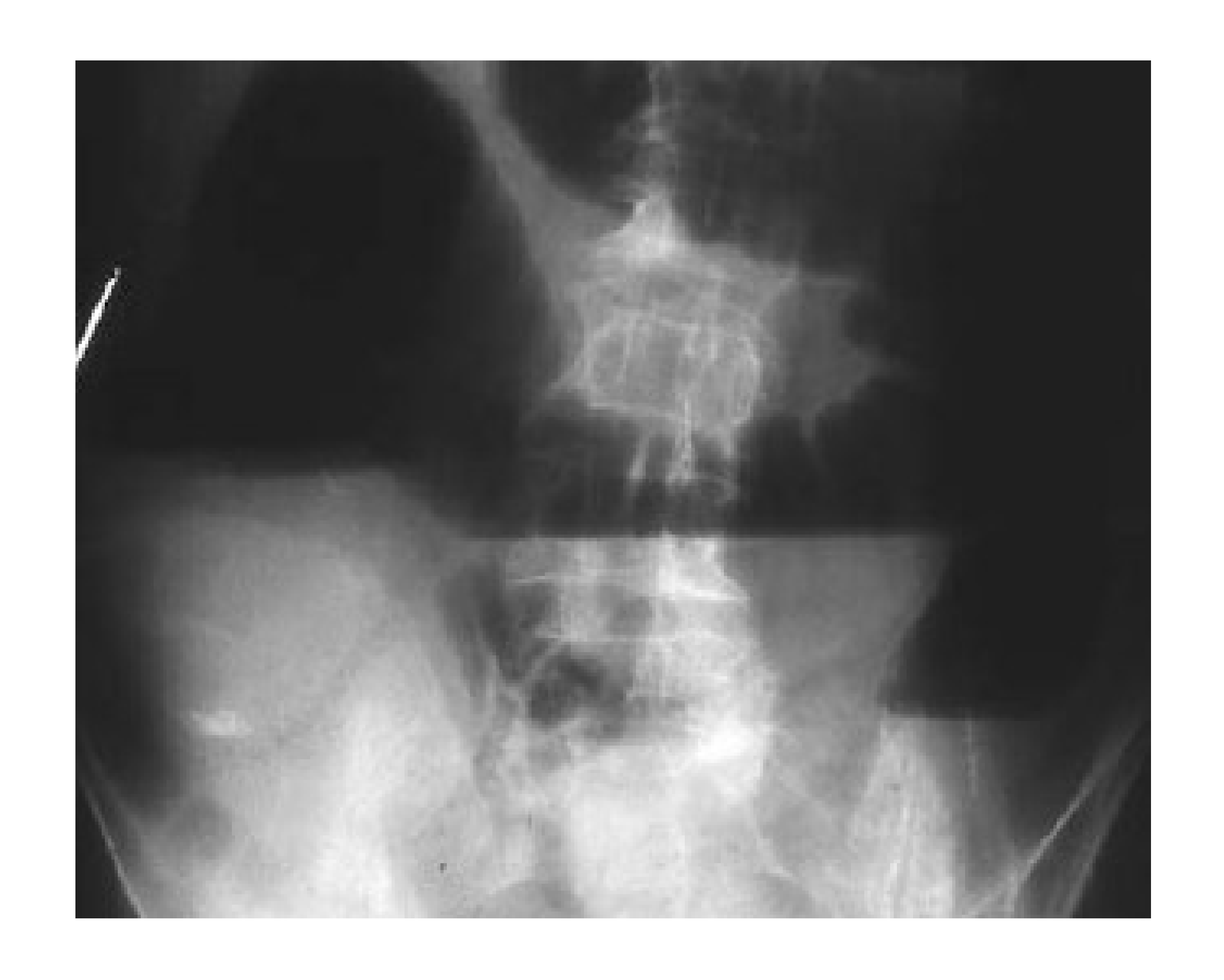
Diagnostic du siège de l'occlusion

Eléments radiologiques

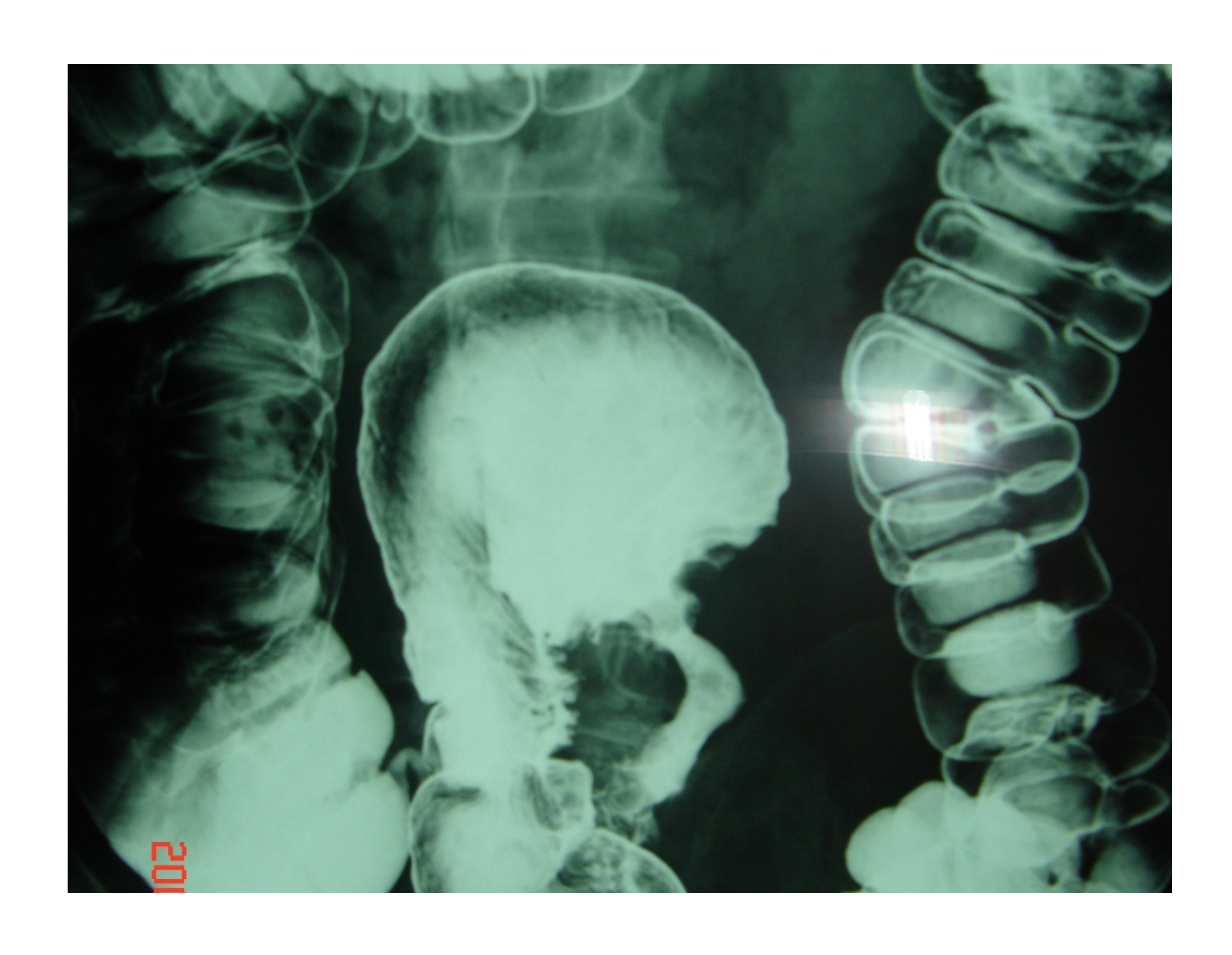
GRELE	COLON
➢ Centrale	➢ Périphérique
➢ Nombreuses	➢ Peu nombreuses
➢ Plus larges que hautes	➢ Plus hautes que larges
➢ Peu volumineuses	➢ Volumineuse (volvulus)
➢ Variables	➢ Immobiles
➢ Valvules conniventes	➢ Haustrations
➢ Parois fines	➢ Parois épaisses



OIA de localisation grêle



OIA localisation colique



Tumeur stenosante du sigmoïde

Diagnostic de mécanisme

Devant une OIA mécanique,
c'est une OIA par OBSTRUCTION ou par STRANGULATION

	OBSTRUCTION	STRANGULATION
Début	progressif	brutal
État général	Non altéré	+/- état de choc
Température	normale	sub fébrile
Abdomen	météorisme	météorisme localisé
Pouls	normal	accéléré
Siège de l'OIA	bas	haut
Radiologie	NHA	arceau unique

Diagnostic de mécanismes

OIA fonctionnelles

Clinique

Occlusion sans obstacle
Douleurs peu importantes
Arrêt incomplet des M.G. ou arrêt complet transitoire M.G.
Météorisme diffus, sans péristaltisme, silence à l'auscultation

Radiologiques

Images H.A. sur le grêle et sur le colon
Bulles peu volumineuses
Niveaux liquides peu ou pas, siège variable
Index opaque : dans le caecum à la 24ème heure

CAUSES : chirurgicales ou médicales

Diagnostic différentiel

- Affections médicales avec manifestation « subocclusive »
  - ➔ colique néphrétique:
- ➔ colique hépatique:
  - ➔ Infarctus du myocarde:
  - ➔ Pathologies pleuro pulmonaires
- ➔ rare: drépanocytose , maladie
- périodique

ETIOLOGIES

Principales causes des OIA mécaniques

➢ Occlusion du grêle

- ✓ Bride intra-abdominale
- ✓ Eventration étranglée
- ✓ Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale)

➢ Occlusion colique

- ✓ Cancer côlon (Gauche le + souvent)
- ✓ Volvulus côlon, sigmoïde ou côlon droit

ETIOLOGIES

Syndrome d'Ogilvie

- Il se caractérise par une dilatation aiguë du cadre colique en l'absence de tout obstacle organique sur le côlon et de toute lésion colique préexistante. Il peut se compliquer de perforation cæcale.

- Il s'observe préférentiellement:

  - ✓ Malades de réanimation, intubés, ventilés et recevant de fortes doses de sédatifs .
  - ✓ Insuffisants respiratoires, opérés aux suites difficiles.
  - ✓ Traumatismes crâniens.
  - ✓ Patients âgés, brutalement alités à l'occasion d'un accident vasculaire cérébral.
  - ✓ Intervention chirurgicale.
  - ✓ Insuffisance cardiaque.

ETIOLOGIES

occlusions fébriles

- Appendicites aiguës
- Sigmoïdites
- Cholécystites
- Abcès péri néoplasiques
- Maladies inflammatoires digestives

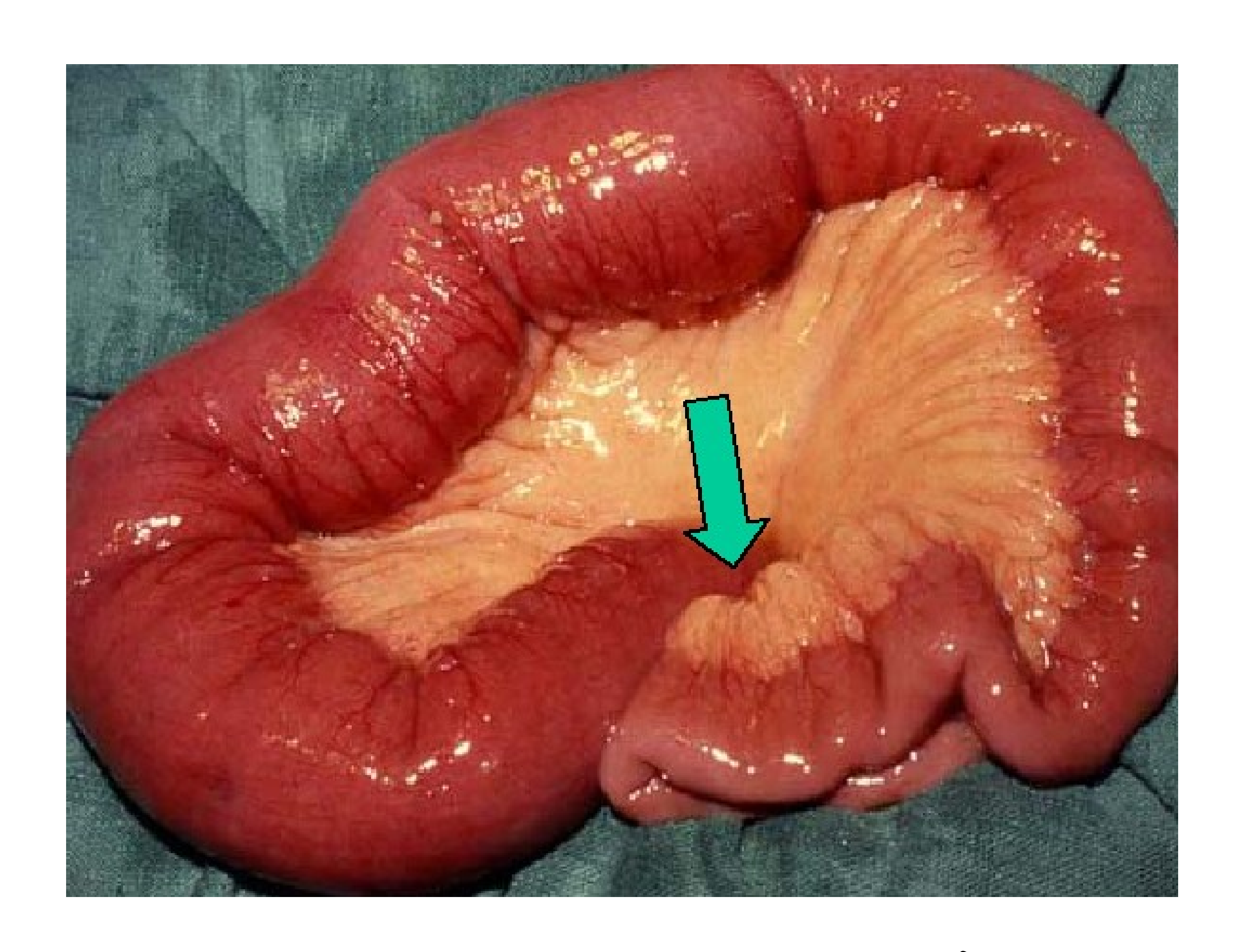
ETIOLOGIES

Cas particuliers des OIA par sigmoidite

- Les occlusions coliques compliquant la diverticulite sigmoïdienne (7 % des occlusions coliques) sont de deux types : occlusion fonctionnelle ou mécanique.

- L'occlusion fonctionnelle inflammatoire:
  - ✓ Syndrome septique plus ou moins marqué avec fièvre, hyperleucocytose.
  - ✓ Défense de la fosse iliaque gauche ou de la région sus-pubienne.
  - ✓ ASP: distension gazeuse en amont de la boucle sigmoïdienne, parfois associée à quelques niveaux hydroaériques sur le grêle au contact du foyer sigmoïdien suppuré. La recherche d'un pneumo-péritoine doit être systématique.

- La sigmoïdite pseudo-tumorale réalise une occlusion mécanique:
  - ✓ Début est souvent progressif , marqué par des douleurs et une constipation.
  - ✓ Tuméfaction de la fosse iliaque gauche.
  - ✓ Le diagnostic différentiel avec un cancer peut se poser en pré- ou peropératoire.



OIA par Volvulus du Grêle

Critères de gravite

- -cliniques: intensité de la douleur, fièvre
- -biologiques: retentissement de l’occlusion
- -radiologiques: pneumopéritoine…

Traitement
But

- Corriger les troubles physiopathologiques

- Lever l'obstacle et rétablir un transit digestif correct aussi physiologique que possible

- Supprimer la cause de l'occlusion si possible

Traitement

Méthodes

Mesures de Réanimation

- **Sonde naso-gastrique ou nasoduodénale de Millet Abbott**
  - ✓ Lutter contre la distension intestinale
  - ✓ Supprimer une partie du 3ème secteur
  - ✓ Prévient l'inhalation dans le tractus respiratoire

- **Sonde urinaire :** Appréciation quantitative et qualitative de la diurèse minute garant d'une bonne perfusion tissulaire périphérique

- **Sonde à oxygène** / Oxygénothérapie 3 – 6 l / mn

- **Voies d'abord veineux, périphérique et centrale**
  - ✓ Bilan du malade
  - ✓ Eventuellement, prise de la PVC

Traitement
Méthodes
Mesures de Réanimation

- Antalgiques antispasmodiques: la douleur peut aggraver le choc

- Rééquilibration hydro-électrolytique et hémodynamique: élément essentiel du traitement médical. Corriger la séquestration liquidienne dans le tube digestif (" troisième secteur ").

- Antibiothérapie péri-opératoire : (débutée à l'induction anesthésique) diminue les complications septiques. Elle sera continuer ou adaptée en fonction l'etiologie et de la chirurgie

Traitement
Méthodes

Méthodes instrumentales (Non opératoires)

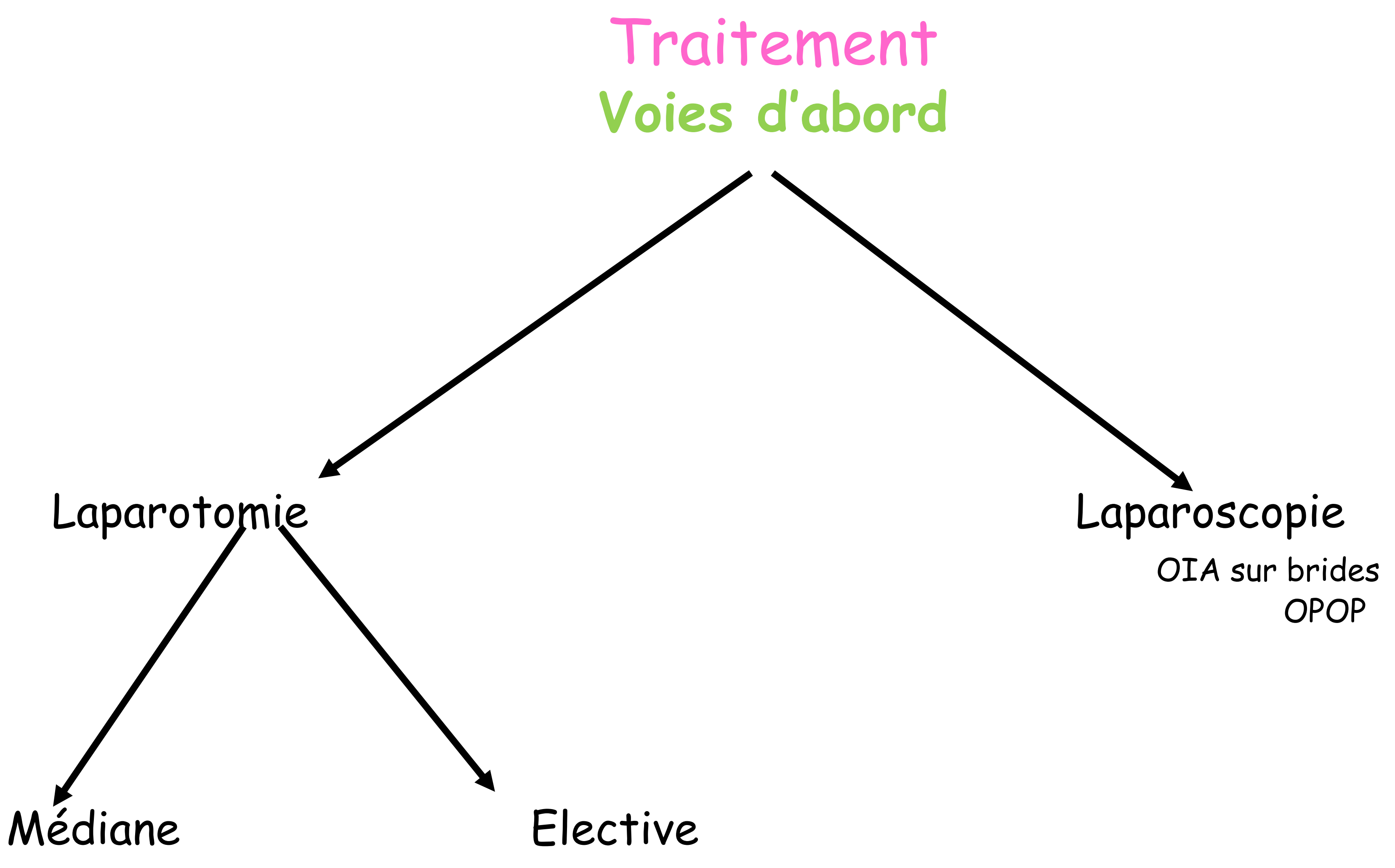
- Radiologie interventionnelle
  - ✓ Réduction d'un volvulus ou d'une invagination par un lavement aux hydrosolubles
  - ✓ Drainage sous écho ou TDM guidé d'un abcès profond / Occlusion fonctionnelle

- Endoscopie interventionnelle
  - ✓ Réduction volvulus ou invagination
  - ✓ Décompression par exsufflation endoscopique d'une colectasie / Ogilvie
  - ✓ Mise en place d'une prothèse par endoscopie pour une tumeur sténosante du colon
  - ✓ Forage endoscopique au LASER

Traitement
Méthodes
Principes du traitement chirurgical

- Voie d'abord large / Laparotomie médiane / Laparoscopie
- Prélèvement bactériologique, toilette péritonéale
- Exploration de tout le TD / Segment affaissé Segment dilaté
- Vidange entérale permettant une exploration aisée, une facilité dans les gestes, une fermeture pariétale sans tension
- Eviter les entérotomies de vidange
- Appréciation de la vitalité de l'anse occluse coloration, battements artériels, doppler veineux, péristaltisme, chaleur, infiltration de xylocaine dans le méso
- Fermeture pariétale idéale si possible

Traitement
Voies d'abord



OIA sur brides
OPOP

Hernie étranglée
Colostomie de décharge (Niveau et Mécanisme précisé)

Traitement

Méthodes chirurgicales

Méthodes sans résection

- Section d'une ou de plusieurs brides

- Réduction d'un volvulus ou d'une invagination

- Fermeture d'une brèche interne, d'une fossette congénitale / Paraduodénale Winslow

- Dérivations internes : en cas de tumeur du colon droit inextirpable

- Dérivations externes (Colostomies, ileostomies)

Traitement chirurgical des occlusions du grêle
Principes généraux

- les OIA du grêle avec des signes de souffrance intestinale nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence visant à apprécier la vitalité intestinale.

- Le traitement chirurgical des OIA du grêle dépend:
  - ✓ de la localisation de l'occlusion
  - ✓ de l'étiologie exacte qui n'est précisée que pendant l'intervention.

- La chirurgie permet de:
  - déterminer la cause
  - de l'occlusion, de la traiter et d'apprécier la vitalité du grêle

Traitement chirurgical des occlusions du grêle
OIA par volvulus sur brides

- Section des brides , libération des adhérences.
- Détorsion de l'intestin.
- Appréciation de la vitalité du grêle: tout segment de grêle dévitalisé nécessite une résection intestinale avec habituellement une anastomose immédiate.

Traitement chirurgical des occlusions du grêle
Traitement des causes rares

- L'iléus biliaire: entérotomie avec extraction du calcul. La recherche d'un autre calcul dans le grêle est systématique. Habituellement et compte tenu du terrain souvent précaire de ces malades, la fistule cholécystoduodénale est volontairement ignorée
- Les tumeurs du grêle: sont révélées dans 50 % des cas par une occlusion dont le traitement consiste en une entérectomie et anastomose immediate.
- Les corps étrangers: représentent une cause rare d'occlusion du grêle. Une entérotomie d'extraction peut être nécessaire pour certains d'entre eux (amas de végétaux, phytobézoard ou objets avalés par des détenus ou des malades psychiatriques).
- Les hématomes intramuraux du grêle: habituellement secondaires à un surdosage de traitement anticoagulant. Ne nécessitent qu'exceptionnellement une résection intestinale ; les lésions sont d'ordinaire spontanément régressives en 3 semaines.

Traitement chirurgical des occlusions coliques
Principes généraux

- En l'absence de signes de gravité (syndrome septique, signes péritonéaux, volvulus) il est licite de tenter le traitement non opératoire pendant 24 à 72 heures.

- Lorsque le diamètre cæcal est mesuré à 12 cm au moins sur l'ASP, l'intervention s'impose en urgence du fait du risque de perforation diastatique.

- Les indications opératoires tiennent compte de l'étiologie de l'occlusion.

Traitement chirurgical des occlusions coliques

Cancer colique gauche

Selon le terrain, la vitalité cæcale et l'expérience du chirurgien on peut réalisé:

- Colostomie latérale d'amont la résection colique avec rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps.
- Résection première avec colostomie terminale temporaire (opération de Hartmann) et rétablissement secondaire de la continuité .
- Colectomie gauche avec anastomose colo-rectale , protégée éventuellement par une stomie latérale d'amont. Le lavage colique per opératoire permet d'éviter le plus souvent la colostomie de protection .
- Colectomie totale ou subtotale avec rétablissement immédiat de la continuité.

Traitement chirurgical des occlusions coliques

Cancer colique droit

Hémicolectomie droite avec anastomose Iléo-transverse le plus souvent

Traitement chirurgical des occlusions coliques
Occlusion par sigmoïdite

- Hormis les cas où la sténose colique est associée à l'échec du traitement médical d'une poussée de sigmoïdite suppurée, la décision opératoire pour sténose est rarement prise en urgence.

- Le choix du traitement est fonction des conditions locales, c'est-à-dire de l'importance des lésions inflammatoires et (ou) suppurées.

- Le plus souvent, il est pratiqué une résection sigmoïdienne emportant la charnière recto-sigmoïdienne avec anastomose colorectale en un temps.

- Lorsque les conditions locales le justifient (abcès) on peut protéger cette anastomose par une colostomie latérale d'amont, cette dernière étant renfermée deux mois plus tard. Certaines sigmoidites abcédées nécessitent la réalisation d’une résection sigmoidienne avec colostomie

Traitement chirurgical des occlusions coliques
volvulus colique gauche

le traitement varie selon l'état général du patient et l'état de l'anse volvulée:

- Détorsion endoscopique:
  - ✓ Permet d'apprécier la vitalité du pied de l'anse détordue.
  - ✓ Si pas de signe de nécrose et d'échec de la détorsion, une résection sigmoïdienne avec rétablissement de la continuité peut être réalisée quelques jours plus tard.

- Detrosion chirurgicale en urgence:
  - ✓ Intervention de Hartmann
  - ✓ Résection avec abouchement des 2 extrémités coliques à la peau, en double stomie (opération de Bouilly-Volkman)
  - ✓ Résection sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale protégée ou non par une colostomie ;

Traitement chirurgical des occlusions coliques
volvulus du côlon droit

- Détorsion par endoscopie et (ou) lavement hydrosoluble est souvent très difficile à obtenir.

- L'hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse est l'intervention le plus souvent pratiquée

Traitement chirurgical des occlusions coliques
Syndrome d'Ogilvie

- Exsufflation par coloscopie est le traitement de base, au besoin répétée en cas de récidive pour éviter la perforation diastatique du côlon droit.

- Chirurgie en présence de complications (nécrose ou perforation cæcale) ou si diamètre caecal sup à 12 cm avec échec ou absence de coloscopie

SUITES OPERATOIRES

a-complications inhérentes à toutes chirurgies:

- hémorragie -infection urinaire.

-cpc thrombo-embolique ect….

b-complications de cette chirurgie:

PRECOCE:

-fistule digestive -péritonite aigue

-abcés de la paroi ou intra-abdominal

-iléus post-opératoire

TARDIVES:

-formation d’adhérences à l’origine d’OIA.

-éventration ou éviscération.

CONCLUSION

- L'OIA reste une urgence médico-chirurgicale fréquente qui peut mettre le PC vital en jeu.

-Le dg est svt clinique complété par la Radiologie(ASP –TDM).

-Les étiologies sont multiples et la reconnaissance du mécanisme et du siège qui permet d'orienter vers une étiologie et de mettre en place la stratégie thérapeutique adaptée.